Aus der Ohrenabteilung des St. Maria Viktoriakrankenhauses
zu Berlin. (Leitender Arzt: Prof. Dr. Brühl)

Otogene Peritonsillitis.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität

zu Berlin

vorgelegt von

Heinz Kurt Rosenkranz
aus Tilsit

Tag der Promotion: 29. November 1928

Druck von Gebrüder Hoffmann, Charlottenburg, Schillerstr. 44.

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin
Dekan: Prof. Dr. Keibel.
Referenten: Prof. Dr. Brühl
Prof. Dr. v. Eicken.

Senkungsabszesse, die vom Ohr ausgehen, treten nicht allzu häufig auf. Sie haben daher von jeher das Interesse der Otologen erweckt. Eine besonders seltene Komplikation stellen jedoch die otogenen Retropharyngealabszesse dar, vor allem diejenigen, die in die Tonsillengegend durchbrechen. Dieselben verdienen eine Sonderstellung, da sie mit einer genuinen Peritonsillitis verwechselt werden können und so differentialdiagnostische Bedeutung erlangen. Diese Senkungsabszesse ähneln in der Tat so vollkommen dem gewöhnlichen Bilde der Peritonsillitis, daß es berechtigt erscheint, direkt von einer „otogenen Peritonsillitis" zu sprechen.

Ich möchte im Folgenden an Hand von zwei Fällen, welche in der Ohrenabteilung des St. Maria Viktoriakrankenhauses beobachtet wurden, die Wege erörtern, auf denen sich derartige Eiterungen vom Ohr nach der Tonsillengegend ausbreiten können.

Schon vor Jahrzehnten hat bekanntlich Bezold auf die Bedeutung der Warzenfortsatzspitze als Durchbruchstelle für otogene Senkungsabszesse am Hals aufmerksam gemacht. Er wies experimentell nach, wie ein solcher Senkungsabszeß sich zu verbreiten vermag, indem er durch die Wand einer Terminalzelle des Warzenfortsatzes gefärbte Gelatinemasse in die Weichteile spritzte. Es zeigte sich, daß sich die Masse entlang der inneren Fläche des musc. sternocleidomastoideus bis unter dessen Ansätze verbreitete; nach vorn drang die Masse in die Fossa retromandibularis und gelangte, der art. occipitalis folgend, in das trigonum caroticum; hinten in die regio lateralis colli und zwar zur Oberfläche der musc. splenii wie auch zwischen diese und den darunter liegenden musc. semispinalis capitis. Schließlich nahm die Gelatinemasse ihren Weg auch zwischen musc. semispinalis und die kurzen Halsmuskeln.

Die Ansichten der Autoren über die Mechanik der Senkungsabszesse gehen auseinander. Wenn man wie Urbantschitsch und Leidler in ihren Arbeiten über dieses Thema der Meinung ist, daß die Senkungsabszesse von der durch die Halsfascien gegebenen Tiefengliederung der Halsregion abhängen, so ist dabei der morphologische Standpunkt wohl zu einseitig betont; es haben vor allen Beck und auch andere Autoren nachgewiesen, daß der Vorgang sich viel komplizierter gestaltet.

Trotzdem Beck in einer umfangreichen Arbeit über Senkungsabszesse nach Ohreiterungen andere Momente, auf die ich später zurückkomme, in den Vordergrund stellt, schließt er sich, was die Weiterleitung derselben anbetrifft, auch der Urbantschitsch und Leidler angegebenen Einteilung an. In Betracht kommen: nämlich erstens der retroviscerale Spalt (zwischen Pharynx und Oesophagus einerseits und Halswirbelsäule andererseits) 2. der praeviscerale Spalt (zwischen Zungenbein und Kehlkopf einerseits und dem Brustbein andererseits; 3. der Gefäßspalt (beiderseits längs den Arterien vom Felsenbein bis zum Aortenbogen herabziehend); 4. Henke'scher Intermuscularspalt (beiderseits zwischen Kopfnickern und ihrer Unterlage). Diese Wege können entweder direkt eingeschlagen werden, indem der Eiter nach dem Durchbruch vom Warzenfortsatz, Gehörgang oder von der Paukenhöhle aus unmittelbar auf diese Bahnen gelangt, oder indirekt über die hintere Schädelgrube.

Während Leidler den Ort des Durchbruchs durch anatomische Verhältnisse bedingt sieht, und demgemäß seine Einteilung der Senkungsabszesse vornimmt, betont Beck, daß die Widerstandskraft der umgebenden Schichten sowie eingetretene Einschmelzungsprozesse derselben in erster Linie den Ort des Durchbruchs bestimmen. Beck stützt sich hier auf die Arbeiten von Ludwig Haymann über experimentelle Studien zur Pathologie der akut entzündlichen Prozesse im Mittelohr und Labyrinth, in denen bewiesen wird, daß für die mehr oder weniger große Ausdehnung der destructiven Prozesse vor allem die Virulenz der einzelnen Bakterienarten verantwortlich zu machen ist. Haymann kommt zu dem Ergebnis, daß bestimmte Infektionen über-

wiegend häufig oder selbst ausschließlich immer die dem Sinne nach gleichen anatomischen Veränderungen hervorrufen. Daraus folgert Beck, daß gewisse pathologisch-anatomische Veränderungen zur Voraussetzung haben, daß die Infektion durch bestimmte Bakterienarten auch ganz bestimmte Veränderungen des umgebenden Gewebes zur Folge hat. Weiter wird in den Arbeiten von Leidler und Beck die Bedeutung der loci minoris resistentiae betont, die für die Weiterleitung der Senkungsabszesse in Betracht kommen können. Diese loci sind entweder anatomisch oder pathologisch bedingt. Hier kommt vor allem in Frage: am Gehörgang die nur aus derbem Bindegewebe bestehende Verbindungsstelle zwischen dem knorpeligen und knöchernen Teile, ferner die Incisurae Santorini des Knorpels des Gehörganges; weiter spielen infolge ihrer topographischen Beziehungen die Parotis, das Kiefergelenk, sowie, wie oben erwähnt, die Warzenfortsatzspitze, das Offenbleiben der Sutura squamosomastoidea und angeborene Ossifikationslücken eine Rolle. Auf die Bedeutung der Glaserschen Spalte als locus minoris resistentiae hat Grünwald hingewiesen, der den Durchbruch eines Halsdrüsenabszesses in Gehörgang und Paukenhöhle zugleich beobachtete. Da er aus dem klinischen Verlauf eine Otitis media acuta perforativa ausschließen konnte, erklärt er diesen absonderlichen Fall als einen in der Hauptsache durch die Glasersche Spalte perforierten Abszeé.

Für den speziellen Fall einer otogenen Peritonsillitis kommen nach den bisher gemachten Beobachtungen folgende Möglichkeiten in Betracht:

1. Der Durchbruch durch die vordere untere Gehörgangswand.
2. Durch den Boden der Paukenhöhle.
3. Durch oder längs der Tube bezw. im peritubaren Gewebe.
4. Indirekte Senkungsabszesse, von der mittleren oder hinteren Schädelgrube aus.
5. Der Weg über die Lymphbahnen vom Ohr nach der Tonsille.

Leidler beschreibt einen Fall von otogener Peritonsillitis, bei der er den Durchbruch durch die untere Gehörgangswand nachweisen konnte. Es handelte sich um eine Cholesteatomeiterung, bei welcher die knorpelige Gehörgangswand entweder am Uebergang in die knöcherne oder in einer incisura Santorini perforiert wurde. Durch die Durchbruchsstelle wurde das periglanduläre Gewebe der Parotis infiziert; es bildete sich ein Abszeß, der sich in die Tiefe senkte, um als Peritonsillarabszeß zu erscheinen.

Auch Tesar beschreibt einen einschlägigen Fall, bei dem die Eiterung ihren Ausgang von einer otitis externa nahm; der Durchbruch erfolgte durch die untere knorpelige Gehörgangswand, ging über die Parotis in das spatium praestyloideum, und erschien am Halse als Peritonsillarabszeß. Tesar erreichte durch Spaltung der Abszesse von der Gehörgangswand und der Tonsille aus sowie durch Durchspülungen rasche Heilung.

Diese beiden Fälle zeigen uns die große Bedeutung der topographischen Beziehungen der Parotis sowie des spatium praestyloideum für die Entstehung otogener Peritonsillarabszesse. Tesar weist in seiner Arbeit über otogene Peritonsillarabszesse dem spatium praestyloideum maßgebende Bedeutung zu. Vergegenwärtigen wir uns die Topographie dieser Gegenden. Die Parotiskoge, die uns sowohl wegen ihrer nahen Beziehung zur äußeren Gehörgangswand wie auch der Weiterleitung wegen interessiert, wird begrenzt: vorn von dem Hinterrand des Musc. pterygoideus internus, hinten von dem Musc. sternocleido, dem hinteren Bauch des Digastricus und dem Warzenfortsatz, oben von dem äußeren Gehörgang, unten von der Loge der Glandula submaxillaris, innen von dem Prozessus styloideus mit seinen 3 Muskeln: musc. stylohyoideus, styloglossus und stylopharyngeus. Die Parotis wird von einer oberflächlichen und einer tiefen Fascie überzogen. Die oberflächliche legt sich an die Fascien des Musc. sternocleido und masseter an, während die tiefe zur Fascie des pterygoideus internus, zum unteren Rand der Mandibula sowie zur Fascie der Stylomuskeln hinzieht. Am Prozessus styloideus steht die Parotisloge durch eine Oeffnung in dem tiefen Blatt der Fascia parotidea mit dem Spatium parapharyngeum in Verbindung (Corning).

Auf diese Tatsache hat in letzter Zeit auch Uffenorde aufmerksam gemacht, in seiner Arbeit über „Die Verwicklungen der akuten Halsentzündung mit besonderer Berücksichtigung des Spatium parapharyngeum."

Dieses Spatium parapharyngeum ist nicht nur für die von Uffenorde beschriebenen Komplikationen von Anginen wichtig, sondern es spielt auch, wie der Tesarsche Fall zeigt, für die Weiterleitung von otogenen Senkungsabszessen zur Tonsille eine bedeutende Rolle. Wenn wir uns die topographische Anatomie des Spatium parapharyngeum kurz ins Gedächnis zurückrufen, so wird dieser Bindegewebsraum umscheidet von der Fascia pharyngea. Seine vordere Grenze wird durch den Musc. pterygoideus internus mit dem Unterkieferast, die laterale von der Kapsel der Parotis, die hintere durch die Fascia praevertebralis mit der vorderen Fläche der massa lateralis atlantis gebildet, während die mediale Begrenzung von der lateralen Pharynxwand und zwar dem Musc. constrictor pharyngis superior und der Fascia pharyngea dargestellt wird.

Der Raum wird von einer großen Anzahl wichtiger Nerven und Gefäße durchzogen und setzt sich mit der Gefäßscheide ins Mediastinum fort, während er nach oben einen schmalen Ausläufer zur Schädelbasis sendet. Der Processus styloideus ragt nach Corning mit seinen Muskelursprüngen von oben in das Spatium pharyngeum hinein. Der Musc. stylopharyngeus durchzieht dasselbe, schräg medianwärts an den Pharynx verlaufend, eine Tatsache, die man dazu benutzt hat, die Loge in eine vordere und hintere Abteilung zu zerlegen. Die Fascia pharyngea spannt sich häufig zwischen Pharynxwand, processus styloideus und Musc. stylopharyngeus aus und bildet so eine frontal eingestellte Scheidewand. Unmittelbar an das Spatium pharyngeum grenzt die Tonsilla palatina, nur von dem Musc. constrictor pharyngis superior und der Fascia pharyngea von diesem getrennt.

Tesar ist der Meinung, daß der eben erwähnten Fascia stylopharyngea eine große klinische Bedeutung zukommt. Ist diese nur schwach entwickelt, so senkt sich nach Tesar der Eiter längs der Scheide der großen Gefäße nach unten; bei star-

ker Entwicklung weicht der Eiter nach dem Ort des geringsten Widerstandes aus, nämlich medial gegen die seitliche Rachenwand und die Tonsille.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich einen von Edel beschriebenen Fall erwähnen. Es handelte sich um eine Eiterung im Spatium parapharyngeum nach Peritonsillitis, die besonders wegen der nicht leicht zu treffenden Entscheidung, von wo der Prozeß ausging, unser Interesse in Anspruch nimmt.

Nach Edel ergab die Anamnese folgendes: Ein 41jähriger Mann klagt über Sausen im Kopf und Kopfschmerzen seit 3 Wochen. Dann traten rechtsseitige Halsschmerzen auf, die zum rechten Ohre ziehen. Seit einigen Tagen besteht Kieferklemme. Ambulant mit heißen Ohrumschlägen behandelt bis zur Ueberweisung in die Klinik. Befund: vor dem rechten Ohr zwei Querfinger breit nach vorn harte Schwellung, die über den Kieferwinkel bis zum Warzenfortsatz reicht. Die Schwellung vor dem Ohr ist wenig,, processus mastoideus und concha nicht druckempfindlich, Druck auf Tragus sehr schmerzhaft. Kiefer kann nur $1^1/_2$ cm geöffnet werden. Rechts Rötung und Vorwölbung des weichen Gaumens, rechter Gehörgang verengt, am Boden etwa an Grenze zwischen knorpeligem und knöchernen Gehörgang finden sich zwei umschriebene, zapfenartige Vorwölbungen aus denen Eiter dringt. Trommelfell, soweit zu übersehen, getrübt. Linker Gehörgang und Trommelfell o. B. Beide Tuben für Luft gut durchgängig, dabei kein Rassel- und Perforationsgeräusch nachzuweisen. Flüstersprache r. 30 cm, l. 5 m. Tiefe Incision der Vorwölbung im Rachen ergibt wenig Eiter, dagegen reichlich Blut. Unter der üblichen Therapie besondern sich die Beschwerden langsam. Erst nach 4 Wochen hört die Eiterung aus dem Gehörgang auf. Das immer noch getrübte Trommelfell wird übersichtlich. Die Kieferklemme wird erst nach 6 Wochen behoben, das Hörvermögen wird noch später, nach 2 Monaten, normal.

Nach Ansicht des Verfassers besteht kein Zweifel, daß es sich hier um eine einheitliche Erkrankung handelt, daß also Peritonsillarabszeß, Parotitis, retromandibuläre Schwellung und Eiterung aus dem Gehörgang in ursächlichem Zusammenhange stan-

den. Edel glaubt eine genuine Mittelohrentzündung als Ursache ausschließen zu können, da er weder Trommelfell noch durch den Katheterismus einen Anhalt dafür fand. Die Funktionsstörung erklärt er als durch kollaterale Entzündung vom Gehörgang aus entstanden, ferner führt er die Seltenheit otogener Peritonsillarabszesse als Unterstützungsmoment an. Er ist der Ansicht, wozu ihn auch die Anamnese veranlaßt, daß die ganzen Erscheinungen durch eine Angina mit folgender Peritonsillitis hervorgerufen wurden.

Zu dieser Auffassung möchten wir bemerken, daß einmal die Anamnese — Beginn mit Kopfschmerzen und vor allem mit Sausen — doch eher auf die Ohren als primäre Entstehungsstelle hinweisen konnte, daß ferner durch mehrere Veröffentlichungen gerade in letzter Zeit das Vorkommen von otogenen Peritonsillitiden häufiger beobachtet worden ist und daß endlich der Umstand, daß bei der Incision des Peritonsillarabszeßes wenig Eiter und viel Blut entleert wurde, bei gleichzeitig besethender starker Eiterung aus dem Gehörgang, wieder zu den Ohren hinlenkt. Es entspricht doch im allgemeinen nicht der klinischen Beobachtung, daß ein noch nicht zur Reife gelangter Abszeß, bei dem also der Eiter noch nicht unter Druck steht, sich den Weg nach oben bahnt. Vielmehr scheint mir die sichtbare Eiterung aus dem Gehörgang mit den beschriebenen Vorwölbungen an den bekannten locus minoris resistentiae am Boden des Gehörgangs dafür zu sprechen, daß der Prozeß von hier aus seinen Ausgang nahm und sich über die Parotis und das spatium parapharyngeum zur Tonsille fortgesetzt hat.

Eine andere Möglichkeit für die Entstehung von otogenen Peritonsillarabszessen ist der Durchbruch des Eiters durch den Boden der Paukenhöhle. Der Verlauf ist auch hier Senkung entlang den Stylomuskeln durch das spatium praestyloideum zur Tonsille. Ein solcher Fall ist ebenfalls von Tesar beschrieben worden, und zwar handelt es sich hier um eine chronische Mittelohreiterung, bei der eine Eiterretention durch einen Ohrpolypen entstanden war. Krepuska beobachtete einen Fall von Durchbruch durch den Paukenboden, den ich kurz anführen möchte. Der Patient, der an rechtsseitiger chronischer Mittelohreiterung litt, kam mit Schwellung der rechten Parotisgegend sowie einem

Peritonsillarabszeß derselben Seite zur Aufnahme. Eröffnung des Peritonsillar- sowie Parotisabszesses brachte kaum Erleichterung Die Radikaloperation zeigte, daß sowohl ein Teil des Bodens der Paukenhöhle wie die knöcherne Tube fehlten. Durch die so entstandene Höhle konnte jetzt der Peritonsillarabszeß gespült werden. Nach der Operation trat rasche Heilung ein. Krepuska ist der Ansicht, daß der Weg, den ein otogener Senkungsabszeß einschlägt, abhängig ist von der Richtung desjenigen Muskels der an der Durchbruchsstelle inseriert. Dagegen spricht er dem Verlauf der Halsfascien nur eine sekundäre Bedeutung zu.

Es finden sich noch weitere Mitteilungen in der Literatur von Durchbrüchen durch den Paukenboden mit nachfolgenden Senkungsabszessen des Halses. So berichtet Tobl über zwei Fälle von otogenen Halsabszessen, die zeigten, daß die Senkungen nicht zwischen den Fascienblättern sondern entlang den Muskelspalten weiterdrangen. Gatscher beschreibt einen Fall von Retropharyngealabszeß bei Otitis acuta mit Durchbruch durch den Paukenboden. Ferner möchte ich eine Beobachtung von Jaques erwähnen; auch hier handelte es sich um einen Senkungsabszeß bei Otitis acuta, der zur Sequestierung des Paukenhöhlenbodens führte. Einen weiteren Fall von Durchbruch des Paukenhöhlenbodens mit einem großen extraduralen Abszeß in der hinteren Schädelgrube sowie einem Senkungsabszeß entlang der großen Halsgefäße beobachtete Eckhardt. Zwischen diesen Abszessen bestand freie Communikation. Der Eiter drang nach Ansicht Eckhardts nach Durchbruch durch den Boden der Paukenhöhle in die Umgebung des bulbus venae jugularis, von dort setzte sich die Eiterung sowohl längs des sinus transversus zur hinteren Schädelgrube fort als auch längs der vena jugularis interna zum Hals. Eckardt zieht aus diesen ausgedehnten Zerstörungen den Schluß, daß der Eiter bei otogenen Halsabszessen nicht immer nur praeformierte Bahnen nimmt, sondern auch durch Zerstörung von Geweben sich neue Wege schafft.

Auch Dehiszenzen des Paukenhöhlenbodens können bei Mittelohreiterungen zu Senkungsabszessen Anlaß geben. Daß differentialdiagnostisch eine solche Möglichkeit immerhin in Betracht gezogen werden muß, lehrt ein von Katz beschriebener Fall. Ein 9jähriges Mädchen erkrankte an akuter Mittelohr-

entzündung mit Schwellung und Druckempfindlichkeit des Warzenfortsatzes. Am Trommelfell war eine halblinsengroße Perforation sichtbar. Bei Druck mit dem Finger auf die vena jugularis derselben Seite strömte Eiter aus der Perforation, bei Nachlassen des Druckes hörte der Eiterausfluß auf.

Da Katz einen Senkungsabszeß ausschließen konnte, blieb keine andere Deutung übrig, als daß der Boden der Paukenhöhle eine Lücke aufwies und durch die vena jugularis selbst gebildet wurde. Unter diesen Verhältnissen dehnte sich der bulbus durch den Druck auf die Venenwand durch Stauung so stark aus, daß er den Eiter aus der Paukenhöhle nach außen verdrängte.

Weiterhin sind otogene Tonsillarabszesse beschrieben worden, bei denen die Eiterung längs der Tube bezw. im peritubaren Gewebe ihren Weg genommen hatte. Leidler konnte diese Möglichkeit an einem Fall nachweisen: Ein Mann, der seit Kindheit an linksseitigem Ohrenlaufen litt, erkrankte vor 14 Tagen mit Schwellung der linken Gesichtsseite, Halsschmerzen und Fieber. Befund: Linke Gesichtshälfte stark geschwollen, besonders am Unterkieferwinkel, es besteht Kieferklemme, Peritonsillarabszeß links. Der linke Gehörgang ist verengt, foetide Eiterung, es wird links nur Umgangssprache in der Nähe des Ohres gehört. Bei Eröffnung des Peritonsillarabszesses entleert sich eine Menge Eiter aus dem Gehörgang. Die Radikaloperation zeigte in der Umgebung der Tube zahlreiche Granulationen und Arrosionen des Knochens; längs der Tube kann man mit der Sonde einen Fistelkanal verfolgen, welcher bis in die Abszeßhöhle des peritonsillaren Gewebes führt. Leidler ist der Meinung, daß für den Durchbruch des Eiters von der Paukenhöhle aus das tympanale Tubenende deswegen anatomisch praedisponiert sei, weil sich in der Umgebung des Tubenendes fast stets eine Anzahl von Knochenzellen befinden, in denen eine Eiterretention leicht stattfinden kann.

In einem von Haug beschriebenen Fall, in dem ein 17jähriger Mann an Bezoldscher Mastoiditis sowie später auftretendem Peritonsillarabszeß erkrankte, schuldigt der Autor ebenfalls den peritubaren Weg als Eiterweg an, ein Beweis dafür geht aus der Beschreibung des Falles nicht hervor. Aehnlich ist ein von

Blau beschriebener Fall, auch hier glaubt der Verfasser an die Verbreitung der Eiterung durch die Tube. Es handelt sich um ein 5jähriges Kind, das 8 Tage nach Auftreten einer Otitis acuta an einem Senkungsabszeß erkrankte, der die entsprechende Pharynxhälfte zu einem Tumor vorwölbte. Bei Druck auf die Vorwölbung entleerte sich Eiter aus dem Ohr, sodaß kein Zweifel an dem Zusammenhang der Erkrankung bestehen konnte. Einen fast identischen Fall hat Brühl nach mündlicher Mitteilung bei einem 6 Monate alten Kind vor Jahren beobachtet.

Wenn auch in diesen Fällen ein exakter Beweis für die Meinung der Autoren, daß der Infektionsweg die Tube gewesen ist, nicht zu erbringen war, können wir doch die Möglichkeit der tubaren Infektion im Hinblick auf den sicher gestellten Leidlerschen Fall nicht von der Hand weisen.

Ferner kommt es zuweilen bei otitischen Prozessen zu indirekten Senkungsabszessen von der hinteren oder mittleren Schädelgrube aus, die sich entlang dem prozessus styoideus durch das Spatium praestyloideum zur Tonsille ausbreiten. Für solche Fälle bei denen der processus styloideus die Wegrichtung angibt, wird auch seine variable Ausbildung, auf die von Eicken die Aufmerksamkeit der Otologen gelenkt hat, von Bedeutung sein. Tesar beobachtete einen Fall von otogener Peritonsillitis, der durch Meningitis ad exitum kam. Die Sektion deckte folgenden Eiterweg auf: vom Ganglion Gasseri längs des dritten Trigeminusastes nach dem foramen ovale, von hier aus zur Basis des Keilbeins, zwischen den Musc. pterygoidei int. und ext., weiter längs dem processus styloideus und dem Musc. stylopharyngeus zum peritonsillären Gewebe. Zwei analoge Fälle beobachtete Lederer. In beiden Fällen erfolgte die Senkung des Eiters bei Warzenfortsatzempyemen von der hinteren Schädelgrube aus, indem sich ein subperiostaler Abszeß an der Schädelbasis unterhalb des Gehörgangbodens und im Spatium parapharyngeum gebildet hatte.

Als letzte Möglichkeit für die Entstehung eines otogenen Peritonsillarabszesses kommt der Lymphweg in Betracht. Die Untersuchungen von Most über die Lymphbewegung zwischen Pharynx und Ohr ergaben, daß ein kontinuierliches Lymph-

kapillarnetz von der Ohrmuschel und dem äußeren Gehörgang durch das Trommelfell hindurch nach der Paukenhöhle und der Tube sowie bis zum Pharynx hin sich erstreckt. Allerdings glaubt Most aus seiner klinischen Erfahrung schließen zu müssen, daß dieser Verbreitungsweg für eine Infektion wohl nur bei Kindern vorkommt, bei diesen seien die betreffenden Lymphgefäße gut ausgebildet, während sie bei Erwachsenen atrophieren. Most hat einen otogenen Senkungsabszeß zur Tonsille hin nicht beobachtet, berichtet jedoch über zwei Fälle von Retropharyngealabszessen nach otitis media, bei denen die die Obduktion eine eitrige Lymphadenitis retropharyngealis aufdeckte, für deren Entstehung keine andere Erkrankung in Frage kam.

Dagegen berichtet Geschelin in letzter Zeit über einen Fall von otogenem Pharyngealabszeß, bei dem sowohl nach dem gesamten Symptomenkomplex als auch nach dem Verlauf der Krankheit die Lymphgefäße der Tube als Infektionsweg anzusprechen waren. Erwähnenswert ist noch, daß sich die Erkrankung im Laufe mehrerer Monate in Schüben entwickelte.

In einem zweiten Fall beobachtete Geschelin das Vordringen einer otogenen Eiterung über das Zellgewebe der Parotis und durch das Spatium parapharyngeum zum peritonsillären und retropharyngealen Gewebe. Der Verlauf war hier also derselbe wie in dem von Tesar beschriebenen Fall.

Anschließend möchte ich über die von uns beobachteten Fälle von otogener Peritonsillitis berichten.

Patient I. wurde von H. I. Wolff ambulant behandelt. Der 37jährige, sonst gesunde Mann erkrankte an einer rechtsseitigen akuten Mittelohrentzündung. Es bestand eine mäßige Druckempfindlichkeit des Warzenfortsatzes. In der dritten Woche trat eine Schwellung unterhalb des Warzenfortsatzes auf, infolgedessen Ueberweisung ins Maria-Viktoriakrankenhaus. Die Antrotomie deckte außer einer zentralen Einschmelzung eine Zerstörung des Knochens in der Spitze auf. Die Spitze wurde entfernt. Die Heilung ging glatt von statten. Nach $3^1/_2$ Wochen erneuter Fieberanstieg. Das Trommelfell war gerötet, es bestand Absonderung aus der Paukenhöhle. Trotz Parazentese

fiel die Temperatur nicht ab und in den nächsten Tagen entstand eine Schwellung oberhalb des Jochfortsatzes. Bei einer erneuten Operation fand sich ein großer Eiterherd unter dem Periost oberhalb des processus zygomaticus. Die entsprechenden Zellen wurden ausgeräumt. Nach der Operation Abfall des Fiebers, normale Wundheilung. Das Trommelfell wurde wieder grau, es bestand keine Absonderung aus dem Mittelohr. Nach weiteren 4 Wochen erkrankte der Patient erneut unter den Erscheinungen einer otitis acuta. Nach Parazentese erfolgte zunächst Rückgang der Erscheinungen, die jedoch nach 3 Wochen rizidivierten. Jetzt traetn Schluckbeschwerden auf. Es fand sich eine Schwellung des rechten weichen Gaumens und der rechten Tonsillengegend, sodaß zunächst an eine interkurrente Peritonsillitis gedacht wurde. Da sich in den nächsten Tagen noch eine starke Druckempfindlichkeit hinter dem Kieferwinkel einstellte, nahmen wir einen vom Ohr ausgehenden Senkungsabszeß zur Tonsille hin an. H. I. Wolff ging von außen unterhalb der Warzenfortsatzspitze in das druckschmerzhafte Gewebe ein und eröffnete einen großen Abszeß aus dem Spatium praestyloideum. Der Operateur konnte sich bei seinem Vorgehen an dem processus styloideus orientieren, der deutlich durchzufühlen war. Es wurde eine Gegenincision in das peritonsilläre Gewebe gemacht, die auch massenhaft Eiter ergab. Die Revision der alten Operationshöhle ergab nirgends einen Eiterweg im Knochen. Bei dem Eingriff wurde der Facialis, der in durch durch die frühere Operation entstandenem Narbengewebe eingebettet lag, durchtrennt. Das Fieber fiel nach dem letzten Eingriff sofort ab und der Patient wurde geheilt entlassen.

Im Hinblick auf die Fazialislähmung würden wir in späteren Fällen die Indision des Spatium praestyloideum nur von innen her sowie Erweiterung der Incisionöffnung mit entsprechend abgebogenen Instrumenten vornehmen.

Man geht wohl nicht fehl, wenn man annimmt, daß sich dieser Abszeß auf dem Wege über die Lymphbahn des tubaren Gewebes verbreitet hat. Für die Richtigkeit dieser Anschauung spricht vor allem, daß kein Eiterweg im Knochen gefunden werden konnte und das späte Auftreten dieser Komplikation wie in dem von Geschelin beschriebenen Fall.

Bei dem zweiten Fall handelte es sich um einen 27jährigen Mann, aus dessen Anamnese hervorzuheben wäre, daß er verschiedentliche Lungenerkrankungen durchgemacht hatte. Er wurde wegen Ohr- und Kopfschmerzen in das Krankenhaus überwiesen. Befund: otitis acuta bilateralis. Warzenfortsatz rechts druckempfindlich. Ueber der rechten Lunge Klopfschall verkürzt, tympanitischer Beiklang, zahlreiche fein- bis mittelblasige Raschelgeräusche. Antrotomie rechts ergab Einschmelzung der Spitze, deren Vorderwand entfernt wurde. Beim ersten Verbandwechsel auffallend starke Eiterung aus dem Gehörgang. Einige Tage später traten Halsschmerzen auf. Es fand sich eine Peritonsillitis rechts. Incision ergab massenhaft Eiter. In den nächsten Tagen Fortdauern der Eiterung aus dem Ohr, bei Druck auf die Tonsille wird die Eiterung aus dem Ohr verstärkt. Infolgedessen wurde die Radikaloperation vorgenommen. Es fand sich Caries im Kuppelraum sowie der Tubengegend, aus der sich Eiter ergoß. Breite Freilegung des Paukenbodens und des Tubenostiums. Beim ersten Verbandwechsel besteht weiter Eiterung aus der Tube, die rechte Tonsille schwillt ab, bei Druck auf dieselbe Eiterabfluß aus der Tubenmündung. In den nächsten Wochen schritt die Heilung der Radikaloperationshöhle gut fort. Die Eiterung aus der Tubenmündung blieb jedoch bestehen. — Auf Wunsch der Angehörigen wurde Patient entlassen; er erlag einen Monat später seinem progredienten Lungenleiden.

Dieser zweite Fall zeigt deutlich die Weiterleitung der Mittelohreiterung zur Tonsille durch die Tube.

Wenn wir uns nun die Frage vorlegen, ob der Infektionsweg die Tube, das peritubare Gewebe oder die Lymphbahnen der Tube gewesen ist, so können wir den Weg durch die Tube im Hinblick auf die Mitbeteiligung des Spatium praestyloideum wohl ausschließen, während wir die beiden anderen Möglichkeiten offen lassen müssen.

Zusammenfassend möchte ich bemerken: das Krankheitsbild der „otogenen Peritonsillitis“ weist uns darauf hin, daß wir bei Ohrenkranken, bei denen sich eine Peritonsillitis entwickelt, gleich, ob die Ohrenerkrankung eine akute oder chronische ist, immer auch

an die Möglichkeit denken müssen, daß die Peritonsillitis durch einen vom Ohr herrührenden Senkungsabszeß vorgetäuscht sein kann. Als Wege für einen solchen Senkungsabszeß kommen, wie wir gesehen haben, folgende Möglichkeiten in Betracht:

1. Der Durchbruch durch die vordere, untere Gehörgangswand.

2. Durch den Boden der Paukenhöhle,

3. Durch oder längs der Tube bezw. im peritubaren Gewebe,

4. Indirekte Senkungsabszesse, von der mittleren oder hinteren Schädelgrube aus,

5. Der Weg über die Lymphbahnen vom Ohr nach der Tonsille.

Das Erkennen der otogenen Natur einer solchen Peritonsillitis ist für unser therapeutisches Handeln von großer Bedeutung. Die beschriebenen Fälle zeigen, daß bei durch Mittelohreiterungen entstandenen Peritonsillitiden die Ausschaltung des Ausgangsherdes im Ohr durch Operation erforderlich war. Weiterhin werden wir in solchen Fällen unsere Aufmerksamkeit dem Spatium praestyloideum zuwenden. Auch hie kann die Therapie nur eine rein chirurgische sein und auf breite Eröffnung von Abszessen aus diesem Raume sowie Versorgung nach allgemein chirurgischen Grundsätzen bedacht sein.

Literatur-Verzeichnis.

Beck, Beitr. v. Passow und Schäfer, Bd. XV.
Bezold, D. m. W. 1891, Seite 381.
Blau, D. m. W. 03, Nr. 14.
Corning, Lehrbuch der topographischen Anatomie.
Eckhardt, Zeitschr. für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Bd. II, Heft 1—2.
Edel, Zeitschr. für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Bd. VIII, S. 494.
v. Eicken, Zeitschr. für Ohrenheilkunde, Bd. 78.
Gatscher, Monatsschrift für Ohrenheilkunde, Bd. 77.
Geschelin, Acta otolaryngologica Vol. XII Fasc. IV.
Haug, Archiv für Ohrenheilkunde, Bd. 43.
Grünwald, Zeitschrift für Ohrenheilkunde, Bd. 57, Seite 321.
Jaques, Referat von Blau, Ann. 39.
Katz, Berliner klinische Wochenschrift 1879, 21. April.
Krepuska, Referat Kelemen, Opvosi Hetilap, Jahrgang 67, Nr. 23.
Lederer, Handbuch von Denker und Kahler.
Leidler, Archiv für Ohrenheilkunde, Bd. 75, Seite 14.
Most, Archiv für Ohrenheilkunde, Bd. 64.
Tesar, Casopis Lécaruv ceskych. 1923, N. 25.
Uffenorde, Zeitschrift für Laryngologie, Bd. 13.
Urbantschitsch, Wiener med. Presse, 04, N. 12/13.

Lebenslauf.

Geboren am 13. April 1900 zu Tilsit als Sohn des praktischen Arztes Dr. Max Rosenkranz und seiner Ehefrau Genny, besuchte ich das Gymnasium zu Tilsit bis zur Oberprima. Die Reifeprüfung legte ich 1917 im Fichte-Gymnasium zu Berlin ab, um in den Hilfsdienst und dann zum 15. Husarenregiment, Wandsbeck, einzutreten. Ende 1918 wandte ich mich dem Studium der Medizin zu und bestand das Physikum 1921 sowie die Staatsprüfung Januar 1925. Im Januar 1926 approbiert, bin ich zur Zeit in fachärztlicher Ausbildung an der Ohrenklinik von Herrn Prof. Brühl, Berlin, begriffen.

Heinz Kurt Rosenkranz.